

重要事項説明書

記入年月日	2024年3月1日
記入者名	志和 淳一
所属・職名	ホーム長（管理者）

1 事業主体概要

名称	(ふりがな)かぶしきがいしや らいく 株式会社 ライク		
主たる事務所の所在地	〒 530-0005 大阪府大阪市北区中之島三丁目6番32号		
連絡先	電話番号／FAX番号	06-6147-5527 / 06-6147-5528	
	メールアドレス		
	ホームページアドレス	http:// www.hanasaki.info	
代表者（職名／氏名）	代表取締役 / 横山 滋樹		
設立年月日	平成	16年2月3日	
主な実施事業	※別添1（別の実施する介護サービス一覧表）		

2 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな)かいごつきゆうりょうろうじんほーむ はなさき 介護付有料老人ホーム 花咲			
届出・登録の区分	有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出			
有料老人ホームの種類	介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）			
所在地	〒 581-0802 大阪府八尾市北本町二丁目10番50号			
主な利用交通手段	近鉄大阪線近鉄八尾駅より北へ徒歩5分			
連絡先	電話番号	072-925-7107		
	FAX番号	072-925-7108		
	ホームページアドレス	http:// www.hanasaki.info		
管理者（職名／氏名）	ホーム長 / 志和 淳一			
有料老人ホーム事業開始日／届出受理日・登録日（登録番号）	平成	17年4月1日	平成	17年4月1日

(特定施設入居者生活介護の指定)

特定施設入居者生活介護 介護保険事業者番号	2775502384	所管している自治体名	八尾市
特定施設入居者生活介護 指定日	平成 17年4月1日		
介護予防 特定施設入居者生活介護 介護保険事業者番号	2775502384	所管している自治体名	八尾市
介護予防 特定施設入居者生活介護 指定日	平成 17年4月1日		

3 建物概要

土地	権利形態	所有権	抵当権	なし	契約の自動更新					
	賃貸借契約の期間				～					
	面積	1,655.7 m ²								
建物	権利形態	所有権	抵当権	なし	契約の自動更新					
	賃貸借契約の期間				～					
	延床面積	5,425.2 m ² (うち有料老人ホーム部分		887.8 m ²)						
	竣工日	平成	17年2月25日			用途区分	有料老人ホーム			
	耐火構造	耐火建築物		その他の場合：						
	構造	鉄筋コンクリート造		その他の場合：						
	階数	7階		(地上		7階、地階		階)		
	サ高住に登録している場合、登録基準への適合性									
居室の状況	総戸数	130戸		届出又は登録(指定)をした室数			130室(130室)			
	部屋タイプ	トイレ	洗面	浴室	台所	収納	面積	室数	備考(部屋タイプ、相部屋の定員数等)	
	介護居室個室	○	○	×	×	○	18.14m ²	130		
共用施設	共用トイレ	7ヶ所		うち男女別の対応が可能なトイレ			0ヶ所			
				うち車椅子等の対応が可能なトイレ			7ヶ所			
	共用浴室	大浴場	6ヶ所		ヶ所					
	共用浴室における介護浴槽	機械浴	2ヶ所		ヶ所			その他：		
	食堂	7ヶ所		面積	96.8 m ²		入居者や家族が利用できる調理設備	なし		
	機能訓練室	7ヶ所		面積	96.8 m ²					
	エレベーター	あり(車椅子対応)					2ヶ所			
	廊下	中廊下	1.84 m		片廊下	1.69 m				
	汚物処理室	6ヶ所								
	緊急通報装置	居室	あり		トイレ	あり		浴室	あり	
		脱衣室	あり							
	通報先	各階詰所			1～2分					
その他										
消防用設備等	消火器	あり	自動火災報知設備		あり		火災通報設備	あり		
	スプリンクラー	あり	なしの場合(改善予定時期)							
	防火管理者	あり	消防計画		あり		避難訓練の年間回数			
		2回								

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	有料老人ホーム設置運営指導指針に基づき入居者の個人の尊厳を確保し、かつ入居者の福祉の向上を図ることを第一の方針とする。入居者の福祉を重視するとともに、安定的かつ継続的な事業運営に努める。当然のことながら、介護保険法、その他の法令を遵守し入居者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことを目的とした介護サービスに努める。運営理念に入居者第一主義をとらえ、①入居者本位の最良の介護を致します。②清潔で明るい雰囲気介護環境を提供致します。③地域の高齢者の介護・福祉に貢献致します。	
サービスの提供内容に関する特色	基本方針 ①入居者様第一主義 ②環境整備の充実 ③クレーム（苦情）報告最優先 ④危機管理の徹底	
サービスの種類	提供形態	委託業者名等
入浴、排せつ又は食事の介護	自ら実施	
食事の提供	委託	浅田給食株式会社
調理、洗濯、掃除等の家事の供与	自ら実施	
健康管理の支援（供与）	自ら実施	
状況把握・生活相談サービス	自ら実施	
提供内容	介護付有料老人ホーム入居契約書 第16～19条	
サ高住の場合、常駐する者		
健康診断の定期検診	委託	東朋八尾病院
	提供方法	年2回
利用者の個別的な選択によるサービス	※別添2（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表）	
虐待防止	特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書 第19条	
身体的拘束	特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書 第20条	

(介護サービスの内容)

特定施設サービス計画及び介護予防特定施設サービス計画等の作成		特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護 第7条	
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	あり	
	入浴の提供及び介助	あり	
	排泄介助	あり	
	更衣介助	あり	
	移動・移乗介助	あり	
	服薬介助	あり	
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	あり	
	レクリエーションを通じた訓練	あり	
	器具等を使用した訓練	なし	
その他	創作活動など	あり	
	健康管理	あり	
施設の利用に当たっての留意事項	別紙「施設の利用について」の通り		
その他運営に関する重要事項	事業所は、従業者の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備する。 (1) 採用時研修 採用後3ヵ月以内 (2) 継続研修 随時		
短期利用特定施設入居者生活介護の提供	あり		
特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算		なし
	夜間看護体制加算		あり
	医療機関連携加算		あり
	看取り介護加算		あり
	認知症専門ケア加算		なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅲ)	あり
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	あり
	介護職員特定処遇改善加算	(Ⅱ)	あり
	介護職員等ベースアップ等支援加算		あり
	入居継続支援加算		なし
	生活機能向上連携加算		なし
	若年性認知症入居者受入加算		あり
	口腔衛生管理体制加算		あり
	栄養スクリーニング加算		なし
	退院・退所時連携加算		あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施		(介護・看護職員の配置率) 3 : 1 以上	

(併設している高齢者居宅生活支援事業者)

【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】

事業所名称	(ふりがな)
主たる事務所の所在地	
事務者名	(ふりがな)
併設内容	

(連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者)

【連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者の提供を行っていない場合は省略】

事業所名称	(ふりがな)
主たる事務所の所在地	
事務者名	(ふりがな)
連携内容	

(医療連携の内容)※治療費は自己負担

医療支援	救急車の手配		
	その他の場合：		
協力医療機関	名称	医療法人徳洲会 八尾徳州会総合病院	
	住所	大阪府八尾市若草町1丁目-17	
	診療科目	総合内科、呼吸内科、循環器科、外科、呼吸器外科等	
	協力内容	急変時の対応	
		その他の場合：	
	名称	医療法人桜希会 東朋八尾病院	
	住所	大阪府八尾市北本町2丁目10-54	
	診療科目	内科、整形外科、皮膚科、リハビリテーション科等	
	協力内容	急変時の対応	
		その他の場合：	
	名称	医療法人 土居整形外科医院	
	住所	大阪府大阪市平野区长吉長原4丁目-1-6	
	診療科目	整形外科、リハビリ科、リウマチ科	
	協力内容	訪問診療、急変時の対応	
		その他の場合：	
	名称	医療法人 井ロクリニック	
住所	大阪府八尾市北本町3丁目11-3		
診療科目	内科、小児科、リハビリ科、外科、胃腸科、循環器科		
協力内容	訪問診療、急変時の対応		
	その他の場合：		

(医療連携の内容)※治療費は自己負担

協力医療機関	名称	室家あったかクリニック
	住所	大阪府八尾市山本町南4丁目3-21
	診療科目	内科、胃腸科、呼吸器科、循環器科、レントゲン科
	協力内容	訪問診療、急変時の対応
		その他の場合：
	名称	おかもとクリニック
	住所	大阪府八尾市山本町南1丁目11-18
	診療科目	内科、外科、胃腸科、皮膚科
	協力内容	訪問診療、急変時の対応
		その他の場合：
	名称	医療法人 井上医院
	住所	大阪府大阪市平野区平野市町1-10-18
診療科目	内科、精神科、リハビリテーション科	
協力内容	訪問診療、急変時の対応	
	その他の場合：	
協力歯科医療機関	名称	あさの歯科医院
	住所	大阪市大正区三軒家東2丁目3-24
	協力内容	訪問診療
その他の場合：		

（入居後に居室を住み替える場合）【住み替えを行っていない場合は省略】

入居後に居室を住み替える場合			
		その他の場合：	
判断基準の内容			
手続の内容			
追加的費用の有無			追加費用
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無			調整後の内容
従前の居室との仕様の変更	面積の増減		変更の内容
	便所の変更		変更の内容
	浴室の変更		変更の内容
	洗面所の変更		変更の内容
	台所の変更		変更の内容
	その他の変更		変更の内容

（入居に関する要件）

入居対象となる者	要支援、要介護		
留意事項	ご利用いただける方 ①介護保険法に定める要介護認定において要支援1～要介護5に該当する方 ②常時医療機関で治療をする必要のない方 ③結核や疥癬など伝染する疾患のない方 ④自傷や他害の恐れのない方		
契約の解除の内容	特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書第14～17条		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	介護付有料老人ホーム入居契約書 第33条	
	解約予告期間	2週間	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居	あり	内容	原則7泊8日まで
入居定員	130人		
その他			

5 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数	兼務している職種名及び人数
	合計	常勤	非常勤		
管理者	1	1		1.0	
生活相談員	2	2		2.0	
直接処遇職員	46	40	6	44.7	
介護職員	41	35	6	39.8	
看護職員	5	5	0	4.9	内1名、機能訓練指導員と兼務
機能訓練指導員	1	1		0.1	看護職員と兼務
計画作成担当者	2	2		2.0	
栄養士	給食委託会社から派遣社員				
調理員	給食委託会社から派遣社員				
事務員	1	1		1	
その他職員	7		7	5	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					40 時間

(資格を有している介護職員の人数)

	合計			備考
	常勤	非常勤		
介護福祉士	22	19	3	
介護福祉士実務者研修修了者	3	2	1	
介護職員初任者研修修了者	12	9	3	
准看護師	1	1	0	

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師	1	1	
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

夜勤帯の設定時間（17時00分～翌10時00分）		
	平均人数	最少時人数（宿直者・休憩者等を除く）
看護職員	人	人
介護職員	5人	4人
生活相談員	人	人
	人	人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合（一般型特定施設以外の場合、本欄は省略）	契約上の職員配置比率	3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.3 : 1
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制（外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略）	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務				なし						
	業務に係る資格等		あり	資格等の名称	介護支援専門員、介護福祉士						
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数	2	0	9	4	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	1	0	6	1	0	0	0	0	0	0	
業務に従事した経験年数に応じた職	1年未満	0	0	2	4	0	0	0	0	1	0
	1年以上3年未満	0	0	10	1	0	0	0	0	0	0
	3年以上5年未満	2	0	4	1	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	0	0	7	0	2	0	0	0	0	0
	10年以上	3	0	12	0	0	0	1	0	2	0
備考											
従業者の健康診断の実施状況		あり									

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態	建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式	月払い方式	
	選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択	
年齢に応じた金額設定	なし	
要介護状態に応じた金額設定	なし	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	あり	
	内容： 家賃、管理費	
利用料金の改定	条件	介護付有料老人ホーム入居契約書 第21条
	手続き	介護付有料老人ホーム入居契約書 第21条

(代表的な利用料金のプラン)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	2	
	年齢		
居室の状況	部屋タイプ	介護居室個室	
	床面積	18.14㎡	
	トイレ	あり	
	洗面	あり	
	浴室	なし	
	台所	なし	
	収納	あり	
入居時点で必要な費用	前払金（家賃、介護サービス費等）		
	日割家賃・管理費	4,460～134,000円	
月額費用の合計		189,500円	
家賃		90,000円	
サービス費用	介護保険外	特定施設入居者生活介護※の費用	
		食費	55,500円
		管理費	44,000円
		状況把握及び生活相談サービス費	なし
		電気代	個別メーターにて請求
備考 介護保険費用1割又は2～3割の利用者負担（利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。） ※介護予防・地域密着型の場合を含む。詳細は別添3及び4のとおりです。			

(利用料金の算定根拠等)

家賃	日照・景観を考慮の上算定	
敷金	家賃の	ヶ月分
	解約時の対応	
前払金		
食費	朝食：486円 昼食：616円 夕食：748円	
管理費	施設建物・設備・備品の管理及びメンテナンス費（警備保障費含む）、共用設備の水光熱費、居室の水道代、フロントサービス、居室清掃等に充当	
状況把握及び生活相談サービス費		
電気代	個別メーターにて請求	
介護保険外費用		
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2	
その他のサービス利用料		

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	要介護状態に応じて介護費用の1割又は2～3割を徴収する。
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略

想定居住期間（償却年月数）	
償却の開始日	
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	
初期償却額	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
前払金の保全先	

7 入居者の状況

(入居者の人数)

年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上75歳未満	4人
	75歳以上85歳未満	20人
	85歳以上	90人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	9人
	要支援2	6人
	要介護1	40人
	要介護2	23人
	要介護3	14人
	要介護4	16人
	要介護5	8人
入居期間別	6か月未満	28人
	6か月以上1年未満	22人
	1年以上5年未満	47人
	5年以上10年未満	19人
	10年以上	0人
喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人		0人 / 0人
入居者数		116人

(入居者の属性)

性別	男性	26人	女性	90人	
男女比率	男性	22.4%	女性	77.6%	
入居率	89.2%	平均年齢	88.1歳	平均介護度	2.1

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	21人
	死亡者	8人
	その他	3人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	26人
		(解約事由の例) 医療機関への長期入院等

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情・虐待に対する窓口等の状況)

窓口の名称（設置者）		苦情対応窓口（事務室内）
電話番号 / F A X		072-925-7107 / 072-925-7108
対応している時間	平日	9:00～17:30
	土曜	9:00～17:30
	日曜・祝日	9:00～17:30
定休日		なし
窓口の名称（所在市町村（保険者））		八尾市地域福祉部高齢介護課
電話番号 / F A X		072-924-9360 / 072-924-1005
対応している時間	平日	8:45～17:15
定休日		土日祝祭日、年末年始
窓口の名称 （大阪府国民健康保険団体連合会）		大阪府国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口
電話番号 / F A X		06-6949-5418 / —
対応している時間	平日	9:00～17:00
定休日		土日祝祭日、年末年始
窓口の名称（有料老人ホーム所管庁）		八尾市地域福祉部福祉指導監査課
電話番号 / F A X		072-924-3012 / 072-922-3786
対応している時間	平日	8:45～17:15
定休日		土日祝祭日、年末年始
窓口の名称（虐待の場合）		八尾市地域福祉部高齢介護課
電話番号 / F A X		072-924-9360 / 072-924-1005
対応している時間	平日	8:45～17:15
定休日		土日祝祭日、年末年始

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	加入先	共栄火災海上保険株式会社
	加入内容	施設内で対人に対し ①リスクが高く予測可能だった場合 ②介護者の不注意で怪我をさせた場合 施設内で私物に対し ①居室内の私物を介護職員が破損した場合 ②義歯、補聴器、眼鏡等介護職員が破損した場合等
	その他	
賠償すべき事故が発生したときの対応	施設内で介護職員に責任のある場合や、施設外で通院介助・レクリエーションなどで事故や怪我をさせた場合、賠償責任保険より、治療費、賠償金等を支払う。	
事故対応及びその予防のための指針	あり	介護事故防止対策規定に準ずる

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	あり	ありの場合		
		実施日	随時	
		結果の開示	あり	
			開示の方法	運営懇談会にて開示
第三者による評価の実施状況	なし	ありの場合		
		実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示		
			開示の方法	

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に交付
管理規程	入居希望者に交付
事業収支計画書	公開していない
財務諸表の要旨	公開していない
財務諸表の原本	公開していない

10 その他

運営懇談会	あり	ありの場合	
		開催頻度	年 1回
		構成員	施設代表（施設長・看護責任者・介護担当責任者）及び施設関係者
		なしの場合の代替措置の内容	
提携ホームへの移行	なし	ありの場合の提携ホーム名	
個人情報の保護	個人情報保護方針に基づき施設管理体制整備、従業者に周知徹底を図り遵守する		
緊急時等における対応方法	全居室に緊急通報装置・外線電話回線・テレビ回線を設置		
大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性		不適合の場合の内容	
八尾市有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	なし		
合致しない事項がある場合の内容			
「8. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	適合している		
	代替措置等の内容		
不適合事項がある場合の入居者への説明			
上記項目以外で合致しない事項	なし		
合致しない事項の内容			
代替措置等の内容			
不適合事項がある場合の入居者への説明			

- 添付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）
別添3（特定施設入居者生活介護等に関する利用料金表）
別添4（介護報酬額の自己負担基準表）

上記の重要事項の内容、並びに医療サービス等、その他のサービス及びその提供事業者を自由に選択できることについて、事業者より説明を受けました。

（入居者）

住 所

氏 名

印

（入居者代理人）

住 所

氏 名

印

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日 令和 年 月 日

株式会社ライク 代表取締役 横山 滋樹 印

説明者署名 印

(別添1)事業主体が八尾市で実施する他の介護サービス

介護保険サービスの種類		事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	なし		
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	なし		
訪問リハビリテーション	なし		
居宅療養管理指導	なし		
通所介護	なし		
通所リハビリテーション	なし		
短期入所生活介護	なし		
短期入所療養介護	なし		
特定施設入居者生活介護	なし		
福祉用具貸与	なし		
特定福祉用具販売	なし		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	なし		
夜間対応型訪問介護	なし		
地域密着型通所介護	なし		
認知症対応型通所介護	なし		
小規模多機能型居宅介護	なし		
認知症対応型共同生活介護	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	なし		
居宅介護支援	なし		
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	なし		
介護予防訪問看護	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	なし		
介護予防居宅療養管理指導	なし		
介護予防通所リハビリテーション	なし		
介護予防短期入所生活介護	なし		
介護予防短期入所療養介護	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	なし		
介護予防福祉用具貸与	なし		
特定介護予防福祉用具販売	なし		
<地域密着型介護予防サービス>			
介護予防認知症対応型通所介護	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし		
介護予防支援	なし		
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	なし		
介護老人保健施設	なし		
介護療養型医療施設	なし		
介護医療院	なし		

(別添2)

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

		個別の利用料で実施するサービス		備 考
			料金※(税抜)	
介護サービス	食事介助	なし		
	排せつ介助・おむつ交換	なし		
	おむつ代	あり	実費	
	入浴(一般浴) 介助・清拭	なし		週2回
	特浴介助	なし		週2回
	身辺介助(移動・着替え等)	なし		
	機能訓練	なし		
	通院介助	あり	1,650円	協力医療機関以外は30分1,650円
生活サービス	居室清掃	なし		
	リネン交換	なし		
	日常の洗濯	なし		
	居室配膳・下膳	なし		
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし		
	おやつ	なし		
	理美容師による理美容サービス	あり	実費	
	買い物代行	あり	1,650円	ホーム指定日以外は30分1,650円
	役所手続代行	あり	1,650円	希望時、30分1,650円
	金銭・貯金管理	なし		
健康管理サービス	定期健康診断	あり	実費	
	健康相談	なし		
	生活指導・栄養指導	なし		
	服薬支援	なし		
	生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし		
入退院のサービス	移送サービス	なし		
	入退院時の同行	なし		
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし		
	入院中の見舞い訪問	なし		

※1利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2～3割の利用者負担)。ケアプランに定められた回数を超える分は介護保険外サービス。

※2「あり」を選択したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、1回当たりの金額など単位を明確にして入力する。

(別添3)介護保険自己負担額(自動計算)

当施設の地域区分単価 選択→ **5級地** 10.45円

利用者負担額は、1割を表示しています。但し、法令で定める額以上の所得のある方は、2割又は3割負担となります。

基本費用		1日あたり (円)		30日あたり (円)		備考	
要介護度	単位数	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額		
要支援 1	182	1,901	191	57,057	5,706		
要支援 2	311	3,249	325	97,498	9,750		
要介護 1	538	5,622	563	168,663	16,867		
要介護 2	604	6,311	632	189,354	18,936		
要介護 3	674	7,043	705	211,299	21,130		
要介護 4	738	7,712	772	231,363	23,137		
要介護 5	807	8,433	844	252,994	25,300		
		1日あたり (円)		30日あたり (円)			
加算費用	算定の有無等	単位数	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	算定回数等
個別機能訓練加算	なし						
夜間看護体制加算	あり	10	104	11	3,135	314	
医療機関連携加算	あり	80	-	-	836	84	1月につき
看取り介護加算	(I)	72	752	76	-	-	死亡日以前31日以上45日以下(最大15日間)
		144	1,504	151	-	-	死亡日以前4日以上30日以下(最大27日間)
		680	7,106	711	-	-	死亡日以前2日又は3日(最大2日間)
		1,280	13,376	1,338	-	-	死亡日
認知症専門ケア加算	なし						
サービス提供体制強化加算	(III)	6	62	7	1,881	189	
介護職員処遇改善加算	(I)	((介護予防)特定施設入居者生活介護+加算単位数(特定処遇改善加算を除く))×8.2%				1月につき	
介護職員等特定処遇改善加算	(II)	((介護予防)特定施設入居者生活介護+加算単位数(処遇改善加算を除く))×1.2%				1月につき	
介護職員等ベースアップ等支援加算	あり	((介護予防)特定施設入居者生活介護+加算単位数(処遇改善加算、特定処遇改善加算を除く))×1.5%				1月につき	
入居継続支援加算	なし						
身体拘束廃止未実施減算	なし						
生活機能向上連携加算	なし						
若年性認知症入居者受入加算	あり	120	1,254	126	37,620	3,762	
口腔衛生管理体制加算	あり	30	-	-	313	32	1月につき
口腔・栄養スクリーニング加算	なし						
退院・退所時連携加算	あり	30	313	32	9,405	941	
A D L維持等加算	(I)	30	-	-	313	32	1月につき
科学的介護推進体制加算	あり	40	-	-	418	42	1月につき

(別添4) 介護保険自己負担額(参考:加算項目別報酬金額: 5級地(地域加算 10.45%))

① 介護報酬額の自己負担基準表(介護保険報酬額の1割、2割又は3割を負担していただきます。)

	単位	介護報酬額/月	自己負担分/月 (1割負担の場合)	自己負担分/月 (2割負担の場合)	自己負担分/月 (3割負担の場合)
要支援1	182単位/日	57,057円	5,706円	11,412円	17,118円
要支援2	311単位/日	97,498円	9,750円	19,500円	29,250円
要介護1	538単位/日	168,663円	16,867円	33,733円	50,599円
要介護2	604単位/日	189,354円	18,936円	37,871円	56,807円
要介護3	674単位/日	211,299円	21,130円	42,260円	63,390円
要介護4	738単位/日	231,363円	23,137円	46,273円	69,409円
要介護5	807単位/日	252,994円	25,300円	50,599円	75,899円
夜間看護体制加算	10単位/日	3,135円	314円	627円	941円
医療機関連携加算	80単位/月	836円	84円	168円	251円
看取り介護加算(Ⅰ)～(Ⅱ) (死亡日以前31日以上45日以下)	72単位/日	11,286円	1,129円	2,258円	3,386円
看取り介護加算(Ⅰ)～(Ⅱ) (死亡日以前4日以上30日以下)	144単位/日	40,629円	4,063円	8,126円	12,189円
看取り介護加算(Ⅰ)～(Ⅱ) (死亡日前日及び前々日)	680単位/日	14,212円	1,422円	2,843円	4,264円
看取り介護加算(Ⅰ)～(Ⅱ) (死亡日)	1,280単位/日	13,376円	1,338円	2,676円	4,013円
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6単位/回	1,881円	189円	377円	565円
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)～(Ⅴ)	(介護予防) 特定施設入居者生活介護+加算単位数) × 8.2%				
介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅱ)	(介護予防) 特定施設入居者生活介護+加算単位数) × 1.2%				
介護職員等ベースアップ等 支援加算	(介護予防) 特定施設入居者生活介護+加算単位数) × 1.5%				
若年性認知症入居者受入加算	120単位/日	37,620円	3,762円	7,524円	11,286円
口腔衛生管理体制加算	30単位/月	313円	32円	63円	94円
退院・退所時連携加算	30単位/日	9,405円	941円	1,881円	2,822円
科学的介護推進体制加算	40単位/月	418円	42円	84円	126円

・1ヶ月は30日で計算しています。

② 要支援・要介護別介護報酬と自己負担

介護報酬		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		66,193	106,634	181,228	201,919	223,864	243,928	265,560
自己負担	(1割の場合)	6,620円	10,664円	18,123円	20,192円	22,387円	24,393円	26,556円
	(2割の場合)	13,239円	21,327円	36,246円	40,384円	44,773円	48,786円	53,112円
	(3割の場合)	19,858円	31,991円	54,369円	60,576円	67,160円	73,179円	79,668円

・本表は、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、口腔衛生管理体制加算、科学的介護推進体制加算・サービス提供体制強化加算を算定の場合の例です。